

Dans les cas de dégénérescence micro-kystique de l'ovaire, ou d'ovarite diffuse œdémateuse, Pozzi préfère avoir recours à l'*ignipuncture*, réservant la résection partielle au gros kyste folliculaire et aux kystes du corps jaune. La pointe du thermocautère est enfoncée au niveau de chaque petit kyste et brûle toute la surface interne.

TOILETTE DU PÉRITOINE. — Les pédicules liés, cautérisés et réduits, on procède à la toilette du péritoine avec des compresses éponges bien exprimées. Elle sera faite très rapidement dans les cas simples lorsqu'il y a peu ou pas d'adhérences. On redoublera de soins si l'opération a été laborieuse, si une quantité notable de sang s'est épanchée dans la cavité péritonéale. Le lavage et le drainage du péritoine pourront même être indiqués dans certaines circonstances que nous avons étudiées (*laparatomie*).

PANSEMENT. — Le péritoine bien asséché, débarrassé de tous caillots, on ferme la plaie abdominale d'après un des procédés que nous avons décrits en détail. (Voyez p. 229.) Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée qu'on recouvre d'une épaisse couche d'ouate hydrophile. Le tout sera retenu par un bandage qu'on serrera assez fortement les premières heures après l'opération, mais, s'il n'y a pas lieu de craindre un suintement de sang ou de sérosité, on diminuera la pression par quelques entailles faites au bandage le soir même de l'opération ou le lendemain matin.

SOINS CONSÉCUTIFS. ACCIDENTS. — Nous n'avons pas à revenir ici sur les soins habituels que réclame la malade après toute laparotomie (voyez p. 232). Nous ne nous occuperons que des quelques accidents qui peuvent se produire après l'oophoro-salpingotomie, ainsi qu'après l'ovariotomie.

Il survient parfois après l'opération des *métrorragies* qui prennent rarement une allure inquiétante. On aura recours dans ce dernier cas aux injections vaginales très chaudes ou aux injections hypodermiques d'ergotine.

Un accident redoutable qui se produit parfois après l'ablation des annexes, comme du reste après toute laparotomie, est l'*obstruction intestinale* occasionnée par une sorte de paralysie des intestins. La cause en reste obscure. On a accusé le pédicule, qui aurait contracté des adhérences avec les intestins, une ligature qui aurait saisi un appendice épiploïque... Nous avons indiqué la conduite à tenir dans ces cas, en parlant d'un accident semblable qui se produit quelquefois après l'hystérectomie vaginale. On essaiera des lavements ordinaires, des lavements électriques, et, en dernier lieu, on aura recours à une nouvelle laparotomie par laquelle, malheureusement, on réussit bien rarement à sauver la malade.

Si le deuxième ou plutôt le troisième jour, il se produisait du ballonnement du ventre, si en même temps les vomissements au lieu de se calmer, devenaient de plus en plus persistants, prenaient une couleur verdâtre, puis porracée, on aurait tout lieu de redouter une *péritonite septique* et une issue fatale à bref délai. La fréquence du pouls mieux encore que la température confirmera le diagnostic alarmant.

On pourra essayer, dans ce cas, en plus des moyens habituels, les injections sous-cutanées de sérum anti-streptococcique de Marmorek, qui a donné un bon résultat à Pozzi, dans un cas de septicémie péritonéale, consécutif à une hystérectomie vaginale.

Hegar conseille, sans grand espoir de succès, du reste, de pratiquer la réouverture de la plaie abdominale et d'établir le drainage si on ne l'a pas fait avant.

Au contraire, dans les cas d'*hémorragie interne* constatée peu après l'opération, une nouvelle laparotomie

peut donner d'excellents résultats et doit être faite sans retard.

Les *abcès superficiels* au niveau des sutures qu'on remarque parfois à la suite d'une asepsie insuffisante peuvent faire manquer, sur une certaine étendue, la réunion par première intention. On réouvrira alors légèrement la plaie avec une sonde cannelée et on assurera l'issue facile du pus à l'aide de deux petits drains.

Un accident beaucoup plus sérieux est la *désunion des bords de la plaie* sur une plus ou moins grande étendue, et l'issue des intestins en dehors de la cavité abdominale. Cet accident paraît devoir être attribué plutôt à l'inflammation d'origine infectieuse des bords de la plaie qu'aux efforts de toux ou de vomissements. On réduira les intestins après un léger nettoyage, et, s'il est nécessaire, on diminuera leur volume à l'aide d'une ponction. La suture sera consolidée par l'application de quelques bandes de diachylon.

## XXIV

## OOPHORO-SALPINGOTOMIE VAGINALE

## CASTRATION VAGINALE

INDICATIONS. — L'ablation des annexes par le vagin a des indications très restreintes. Les partisans de cette opération insistent sur les avantages qu'offre la voie vaginale pour assurer un écoulement facile des liquides sécrétés, sur la possibilité d'exécuter l'extirpation des annexes sans presque toucher aux viscères abdominaux. Enfin ils font observer qu'on évite ainsi une cicatrice abdominale qui répugne à beaucoup de malades.

Ces avantages ne contre-balancent, pourtant, nullement les grands inconvénients de l'incision vaginale.

Les ovaires ne sont pas toujours accessibles par le cul-de-sac postérieur du vagin et sont même parfois, comme dans les cas de fibromes utérins, portés très haut au-dessus du détroit supérieur.

L'opération est faite un peu en aveugle, sans le secours de la vue, et, si on se trouve aux prises avec des difficultés créées par une hémorragie ou par des adhérences résistantes, on n'a pas la ressource précieuse d'agrandir l'incision. On n'aura donc recours à la voie vaginale que si les ovaires sont franchement prolabés dans le cul-de-sac postérieur, ce qui permet de les atteindre très facilement.